

Руководителю

(наименование Учреждения)

родителя (законного представителя)

фамилия _____

имя _____

отчество (при наличии) _____

Место жительства:

Населенный пункт _____ улица _____

дом _____ корп. _____ кв. _____ Телефон _____

E-mail: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять в _____

(наименование учреждения)

Режим полного дня, режим кратковременного пребывания, группа кратковременного пребывания (нужное подчеркнуть)

Выбор языка образования: _____ (с учетом языка, определенного локальным нормативным актом учреждения, реализующего основную образовательную программу дошкольного образования)

моего(ю) сына (дочь) _____

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), дата и место рождения)

Реквизиты свидетельства о рождении: _____

Реквизиты документа, подтверждающего установление опеки (при наличии)

место жительства/пребывания/проживания (нужное подчеркнуть) ребенка:

населенный пункт _____, улица _____

дом _____ корп. _____ кв. _____.

Сведения о втором родителе (законном представителе):

фамилия _____ имя _____

отчество (при наличии) _____ адрес электронной почты: _____ место жительства: населенный пункт _____ улица _____ телефон _____.				
Сведения о полнородных и неполнородных братьях и (или) сестрах: _____ <div style="text-align: center;">(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))</div> С уставом учреждения, со сведениями о дате предоставления и регистрационном номере лицензии на осуществление образовательной деятельности, основными образовательными программами, реализуемыми учреждением, _____, ознакомлен(а). (перечислить документы, регламентирующие организацию образовательного процесса)				
Выбор направленности группы: _____ <div style="text-align: center;">общеразвивающая, компенсирующая, оздоровительная, комбинированная</div>				
	Необходимость обучения ребенка по адаптированной образовательной программе (в соответствии с заключением психолого-медико-педагогической комиссии) и (или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитания ребенка-инвалида в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (при наличии)			
выбранный способ направления результата услуги отметить знаком «X»	в виде бумажного документа		в виде электронного документа	
	При личном обращении	Почтовым отправлением	Посредством электронной почты	
Способ направления результата услуги				_____ (адрес электронной почты)

 (дата)

 (подпись заявителя)

 (дата)

 (подпись второго родителя (законного представителя))

Я даю согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку персональных данных своих и своего ребенка, а именно на сбор, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, передачу и уничтожение следующих персональных данных:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____